



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD BUCAL
DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO Y EL
ODONTÓLOGO.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

YADIRA MORELOS QUIROZ

TUTORA: Mtra. MIRIAM ORTEGA MALDONADO

MÉXICO, D.F. MARZO

2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	5
2. ANTECEDENTES	7
2.1 Modelo de creencias de salud.	10
2.2 Modelo comportamental de la utilización de los servicios de salud bucal.	11
2.3 Factores que influyen en la utilización de los servicios de salud bucal.	13
2.4 Servicios de salud en México.	15
2.4.1 Sector público.	15
2.4.2 Sector privado.	20
2.5 Salud Bucal	22
2.6 Programas y normativas.	26
2.7 Satisfacción de los pacientes.	29
2.8 Resultados.	31
Parte I	31
Parte II	42
CONCLUSIONES	52
FUENTES BIBLIOGRÁFICAS	54
FUENTES DE IMAGÉNES	59

Agradecimientos.

Detrás de esta carrera hay mucha gente que estuvo involucrada para que yo pudiera llegar aquí...

Primero quiero agradecerle por darme fortaleza para no abandonar la carrera, fueron muchos años para conseguir un lugar en la universidad, gracias dios por estar siempre conmigo aunque a veces erróneamente crea que no estas.

A mi familia.

Maya y Amy, este es el resultado de ausencia en momentos especiales, para mí no ha sido fácil muchas gracias porque a su corta edad me han acompañado y han comprendido que "mamiu" tiene que hacer tarea e ir a la escuela ¡las amo!

Mau gracias por no seguir los patrones, se que cuando tú tienes tus preocupaciones me haces un lugar para escuchar las mías, me has reconfortado cuando siento que todo se cae, gracias por tu apoyo y comprensión, ¡te amo!

A mis papas y hermanos.

Mamá se que te hubiera gustado que terminara mi carrera en otra etapa de mi vida, gracias por ser exigente conmigo se que lo haces para que no me de por vencida y busque soluciones, papá gracias por no dejar de creer en mí. Está es la mejor herencia que me pueden dar.

A mis hermanos: Germán gracias por apoyarme sobre todo por ser mi "simulador de anestesia" ¿cómo es posible que no se te olvida la temblorina de mi mano al anestesiarle?

Edgar siempre has visto el lado positivo de cada etapa de mi vida, tu apoyo emocional y económico son algo que no podre pagarte.

¡Me siento afortunada y orgullosa de tener una familia como ustedes, sin su apoyo no hubiera podido continuar, de corazón gracias!

A mi tío *Trino* porque mediante tú trabajo tuve la oportunidad de conocer una carrera hermosa ¡que dios te siga bendiciendo!

A mis amigas que hice durante la carrera, Jay, Naye, Jess, mi equipo de cirugía les agradezco por los momentos de felicidad y estrés que vivimos durante la carrera.

Dr Frias y Rosy.

Sí ustedes también están incluidos, les agradezco la oportunidad de dejarme aprender un poco más allá de lo que aprendí en la facultad (la realidad), aunque no lo crean espero con muchas emoción el fin de semana para aprender *más*.

Mtra Miriam Ortega Maldonado.

Le agradezco por ser mi asesora por el tiempo que me dedicó, por enseñarme a realizar un buen trabajo, me quedó con la satisfacción de que me enseñó a hacer un buen trabajo y que puedo esforzarme todavía un poco más. ¡Gracias!

Introducción

De acuerdo al modelo clásico propuesto por Andersen la utilización de servicios de salud se relaciona con varios factores, entre ellos, la necesidad y la predisposición de utilizarlos, entendiendo como predisposición a los factores relacionados con edad, sexo, estructura familiar, raza, clase social, nivel de estudios, trabajo realizado, creencias y variables socioculturales y por último las condiciones que facilitan su uso.

La utilización de los servicios de salud por parte de los diferentes grupos sociales, han sido objeto de debate sobre todo por el binomio utilización/necesidad (lo que refleja el patrón de utilización de servicios según el estado de salud o de morbilidad y el nivel socioeconómico). En éste sentido, para un mismo nivel de necesidad, las personas de bajo nivel socioeconómico tienen un menor acceso a los servicios sanitarios.

La situación socioeconómica de un país incide en la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud y la población determina la utilización. Comúnmente se expresa en las diferentes formas de atender las enfermedades por los individuos, los que requieren atención médica y tienen posibilidades económicas recurren a los servicios ambulatorios y de hospitalización, los que no cuentan con éstos recursos, recurren a otras formas de atención, entre ellas la medicina tradicional e incluso la automedicación.

Un factor que influye en el uso de estas alternativas es la percepción social de la gravedad del padecimiento, si la persona lo considera leve, probablemente consulte terapias alternativas, pero si lo considera grave, es más probable que acuda a la medicina alópata.

Otro factor muy importante que define la utilización de los servicios de salud son los altos costos de la atención, de los medicamentos y en especial de los tratamientos.

En este sentido, el propósito del presente trabajo de investigación se centra en realizar una revisión bibliográfica sobre la utilización de los servicios de salud bucal y presentar resultados descriptivos sobre la opinión de usuarios y odontólogos al respecto.

2. Antecedentes.

La salud bucal en México ha atravesado por distintas etapas en su historia y actualmente continúa en desarrollo. El término “salud dental” se relaciona con todo el complejo estomatognático, sin embargo, para la población como para el sistema de salud la palabra “dental” es una cuestión reducida al diente, aún cuando se conocen las repercusiones económicas, sociales y de salud, ^{1, 4, 5}.

Se ha documentado que las enfermedades de mayor incidencia a niveles mundiales y considerados como problema de Salud Pública son la caries y la enfermedad periodontal, ocupando México, el quinto lugar en la demanda de atención, como se menciona en encuestas nacionales y reportes realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). ^{1, 4, 5, 8-22}

Sin embargo, éstas enfermedades bucales no son percibidas como un problema, sino como algo secundario que requiere atención cuando existe dolor, porque por lo general éstas enfermedades no se relacionan con la muerte de la población^{4, 23}.

Por consiguiente, la población confunde la prevención con la automedicación con lo cual evitan caer enfermos, manteniendo una tolerancia del malestar mediante el uso de remedios caseros o medicamentos recomendados por algún familiar que haya cursado por el mismo padecimiento²⁵.

Durante la búsqueda de atención se aprecian diversos factores que influyen en la utilización del servicio, de los cuales destaca el nivel socioeconómico, en donde la población que pertenece a los niveles medio y bajo suelen

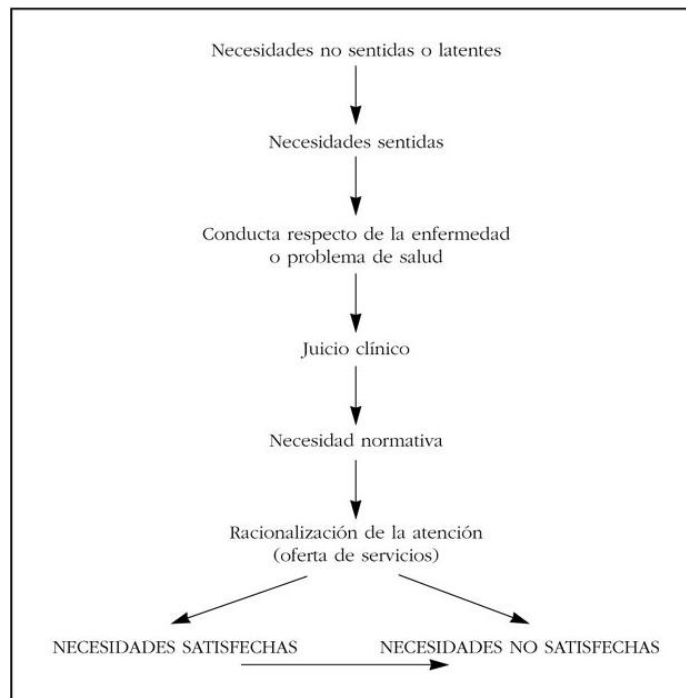
recurrir a la automedicación en enfermedades de fácil manejo como una gripe o un dolor leve, sin embargo, para el nivel bajo esta es una opción determinada por la situación económica que vive²⁵. Evidenciándose así el fenómeno de Last (1963) el “iceberg de la enfermedad” en donde una pequeña parte de la población con síntomas es sólo la que acude al médico.

Una vez que la población percibe una necesidad de salud es cuando inicia la búsqueda de atención la cual esta influenciada por amigos y familiares lo que para Freidson es “un sistema no profesional de referencias”.

Por lo tanto, la necesidad de salud, se define como las alteraciones en el estado de salud del individuo que serán el motivo de la consulta, misma que podrá ser a través de información médica directa e indirecta, a través de la reportada por el individuo de acuerdo a sus síntomas, a las enfermedades crónicas presentes o bien, a la restricción para realizar sus actividades cotidianas².

Bradshaw propuso que para estudiar las necesidades de salud, es necesario distinguir entre las necesidades no sentidas pero latentes, las percibidas por el individuo, las normativas (por el profesional de la salud) y las relativas (la distancia entre las necesidades individuales y de la población) y propuso el siguiente esquema: ^{28,29}

Figura 1. Esquema de las necesidades de salud según Bradshaw



Fuente: Necesidades de salud desde la perspectiva de los usuarios.²⁸

Bradshaw considera que la evaluación de las necesidades de salud no es simplemente un proceso de escuchar a los pacientes confiando en la experiencia personal, sino más bien, es un método sistemático para identificar las necesidades de salud y las necesidades de salud insatisfechas de la población.

Asimismo, Rosentock y Andersen proponen no sólo modelos de evaluación de necesidades sino, modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud bucal de los cuales los más utilizados son el modelo creencias de

salud y el modelo comportamental de la utilización de los servicios de salud bucal.^{3, 19}.

2.1 Modelo de creencias de Salud

Este modelo propuesto por Rosentock se basa en las actividades que realiza una persona que cree estar sana con el propósito de prevenir la enfermedad; plantea porque las personas pueden o no adoptar conductas preventivas y hacer uso de los servicios de salud, incluye variables específicas que a continuación se describen:

- ❖ El nivel de disposición del individuo para utilizar los servicios (***la percepción del individuo sobre la gravedad de la enfermedad y su propia susceptibilidad***).
- ❖ Los beneficios y barreras de utilizar, se refiere a que ***el individuo decide o no utilizar los servicios***, conoce alternativas para evadir la enfermedad y al mismo tiempo ve los ***inconvenientes*** como el ***costo y dolor***.
- ❖ Un detonante o precipitante que será el que genere una respuesta para actuar, este factor puede ser interno (***percepción del estado corporal***) o externo (la ***interacción con otros***).

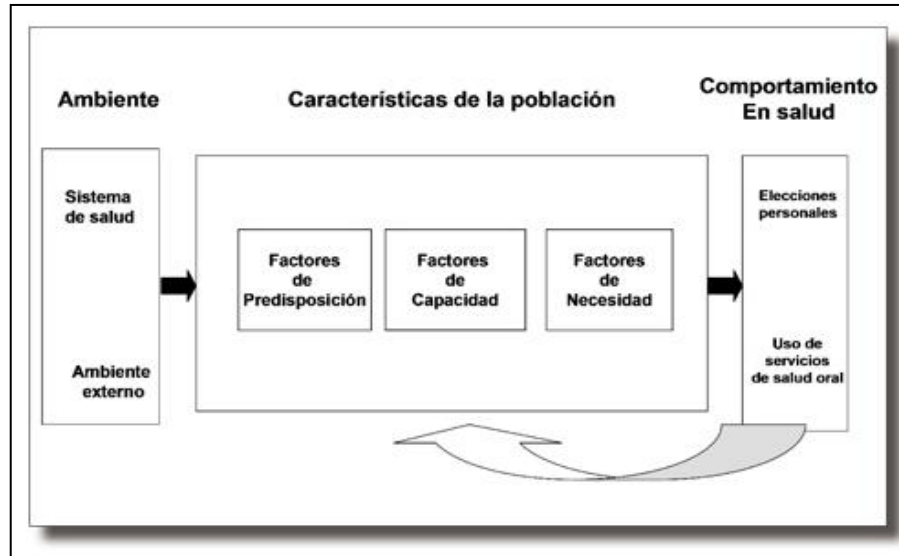
En conclusión, el uso de los servicios de salud bajo éste modelo están sujetos a la percepción del individuo respecto a la gravedad de su enfermedad (dolor), al costo que genere el servicio y a la repercusión que la enfermedad crea con la interacción del individuo y las personas en su entorno.^{3, 19,25, 28}

2.2 Modelo Comportamental de la utilización de los servicios de Salud Bucal

El modelo fue propuesto por Andersen en 1968 y hace referencia que el uso de los servicios de salud se encuentra agrupado en tres factores independientes que influyen sobre la conducta del individuo durante la búsqueda de atención de algún servicio de salud. ^{3, 4,8-27}

- ❖ Factores de predisposición: en ésta categoría se encuentran agrupadas las características sociodemográficas asociadas con las actitudes y creencias en torno a la salud y a la enfermedad, entre ellas se identifican la edad, el sexo, la etnia, el estado civil, la clase social, la ocupación, la educación y la estructura familiar.
- ❖ Factores de capacidad: son los que impiden o facilitan el uso de los servicios, como son el tipo de seguridad (social o privado) con el que cuenta la población, los ingresos, la accesibilidad geográfica y la relación odontólogo-paciente.
- ❖ Factores de necesidad: se refiere al cambio en el estado de salud el cual se puede valorar desde la perspectiva del individuo y su familia (necesidad percibida) o por el profesional de la salud (valoración objetiva) ^{3, 4,8-27}.

Figura 2 .Modelo Comportamental de la utilización de los servicios de Salud Bucal.



Fuente: Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad.²⁸

Estos dos enfoques han generado diversos comentarios, por ejemplo para Arredondo y cols., el modelo comportamental permite diferenciar entre la utilización de servicios de forma curativa y/o de forma preventiva, mientras que, para Medina y cols., este modelo permite conocer la desigualdad en salud mediante los factores de capacidad que involucran la variable socioeconómica. Asimismo, Rocha – Buelvas menciona que éste modelo permite conocer las diferencias en el acceso al sistema de salud como equitativas o inequitativas.^{3, 4,8}

De tal manera que la combinación de ambos modelos permite conocer los factores que se encuentran relacionados con la utilización de los servicios de salud en el siguiente orden:

1. Percepción de la gravedad de la enfermedad.
2. Dolor y costo de la atención.
3. Dificultad para interactuar con terceros.
4. Características sociodemográficas (género, edad, etnia, estado civil, clase social, ocupación, educación y estructura familiar).
5. Tipo de seguridad.
6. Valoración profesional.

2.3 Factores que influyen en la utilización de los servicios de salud bucal.

Autores como Donabedian, Aday, Andersen, Newman y Frenk han postulado que la utilización de los servicios de salud bucal se da por la interacción de factores individuales, organizacionales y culturales^{2-4, 8}. Dentro de los cuales y complementando a la lista anteriormente presentada se encuentran dentro de las características sociodemográficas el **género**.

Diversos estudios realizados han reportado que hay una mayor utilización del servicio dental por parte del género femenino, no significa que tengan una mejor higiene oral sino que llegan a presentar problemas dentales durante el embarazo o la menopausia o por el uso de diferentes servicios de salud. Los hombres son afectados por enfermedades más agresivas, como el cáncer oral¹⁵.

En cuanto a la **edad** los niños de preescolar tienen una poca o nula utilización del servicio, cuando se cuenta con el servicio en la escuela hay un acercamiento, sin embargo, hay casos en los que nunca se ha acudido, por otro lado, los ancianos usan los servicios dentales con menor frecuencia y se atribuye a dos factores principalmente: la alta prevalencia de pérdida dental y las dificultades de acceso a los servicios odontológicos^{8, 10}.

Otro factor a considerar es **la estructura familiar** que hace referencia a la competencia por los recursos familiares, en familias numerosas la utilización del servicio dental se reduce al primogénito o al familiar con dolor en el momento^{2, 16}.

Respecto a la **educación**, varios autores coinciden que si los padres muestran actitudes positivas hacia el cuidado bucal, orientando a sus hijos sobre el aseo, el tipo de alimentación, tienden a buscar el servicio dental^{2, 4, 8, 10-20}. Sin embargo, ésta variable ha sido muy cuestionada una prueba de ello, en un estudio realizado en la Universidad de Obafemi, en 2008 por Bamise y colaboradores quienes observaron que aún cuando los alumnos contaban con el acceso a los servicios de atención dental dentro del campus, el interés por la atención fue mínima comentando el poco tiempo que tenían para solicitar una cita a un sabiendo su estado de salud dental¹⁷.

La **clase social**, la cual, para algunos autores se encuentra compuesta por el ingreso, la ocupación y la educación. Considerándose este factor un

determinante en la utilización de los servicios de salud bucal, puesto que las personas de nivel socioeconómico bajo son las que tienen menos oportunidad de acudir a una revisión^{8, 11, 13,16}. En países desarrollados se ha observado que los desempleados tienden a utilizar más el servicio, debido a la disponibilidad de tiempo y el tipo de seguridad social con el que cuentan¹⁹. Por lo tanto, la población que tiene una mejor posición económica tiende a utilizar con mayor frecuencia los servicios bucales en especial el servicio preventivo.²⁻¹⁶.

2.4 Servicios de salud en México.

... “La salud es una inversión para un desarrollo con oportunidades. A medida que el país se transforma, su sistema de salud debe hacerlo también. El desarrollo económico, el bienestar social, la estabilidad política y la seguridad nacional dependen de la buena salud de la población. No puede haber progreso general sin un sistema de salud que responda a las aspiraciones de los mexicanos”¹⁰.

2.4.1 Sector Público

En México el sistema de salud está constituido por dos sectores: público y privado.

El sector público comprende las instituciones de Seguridad Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de Marina (SEMAR)

y la Seguridad de las Fuerzas Armadas (SFAM) quienes prestan servicio a los trabajadores del sector formal de la economía en los cuales se incluye el seguro médico y la protección jubilatoria (Figura 3) ^{4, 6,12, 21}.

Las instituciones se encuentran organizadas por niveles de atención:

- **Primer nivel de atención.**

Conformado por unidades médicas que atienden a nivel ambulatorio, son el primer contacto de las personas hacia un servicio formal de atención. Se realizan acciones de promoción de salud y/o prevención de enfermedades. La atención es proporcionada por médicos generales, enfermeras y técnicos.

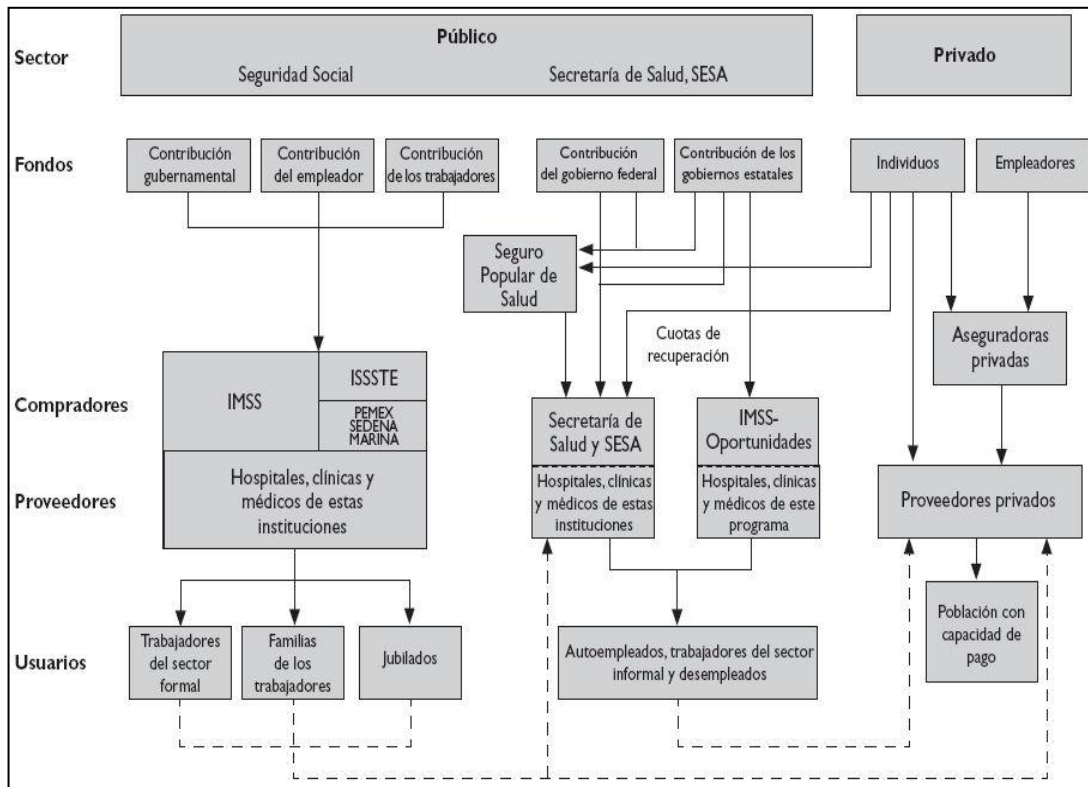
- **Segundo nivel de atención.**

Conformado por hospitales generales con atención a problemas que incluyan cuatro especialidades básicas (medicina interna, cirugía, pediatría, gineco- obstetricia) y necesidades de salud que incluyan hospitalización o atención de urgencias. Se cuenta con servicios de diagnóstico (imagenología) y de laboratorio.

- **Tercer nivel de atención.**

Conformado por hospitales de alta especialidad con subespecialidades y equipos de apoyo así como investigaciones clínicas y básicas. Se atienden problemas que no pueden ser resueltos en los otros dos niveles de atención⁹.

Figura3. Diagrama sobre los sistemas de salud en México.



Fuente: Sistema de Salud de México ⁶.

Para el funcionamiento de las instituciones de seguridad social el financiamiento proviene de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (ISSSTE, PEMEX, SEDENA Y SEMAR) y contribuciones de los empleados.

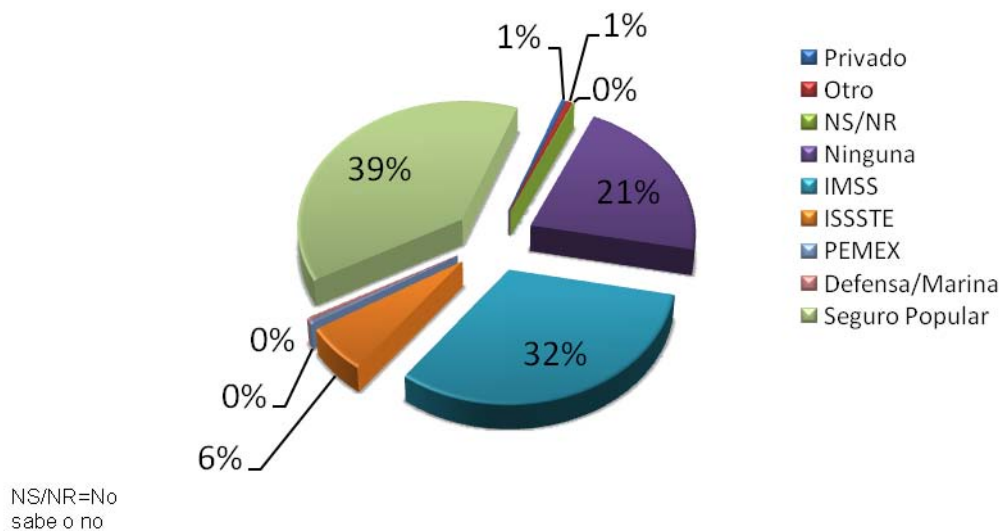
El IMSS cuenta con un régimen obligatorio, que protege a la mayoría de sus afiliados y un régimen voluntario que ofrece los siguientes ramos básicos de protección social:

- ❖ Seguro de enfermedad y maternidad

- ❖ Seguro de riesgo de trabajo.
- ❖ Seguro de invalidez.
- ❖ Seguro de retiro
- ❖ Seguro de prestación social.
- ❖ Seguro de guardería.

De los cuales 43.4 millones de derechohabientes (80% de la población) se encuentra adscrita a las unidades de medicina familiar según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición^{6,7}.

Gráfica 1. Distribución de la población según institución de protección en salud de acuerdo con el auto reporte del informante del hogar con corrección por afiliación de jefe de hogar. México, ENSANUT 2012.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, ENSANUT 2012.⁷

Las personas no asalariadas pueden establecer un convenio voluntario con el IMSS, para tener los beneficios médicos del seguro de enfermedades y maternidad.

La población afiliada al ISSSTE que son 8.3 millones de derechohabientes (18% de la población), atiende a los empleados de gobierno y su familia, pensionados y jubilados, con beneficios similares. Garantizando acceso a los servicios de medicina preventiva, maternidad, atención médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y rehabilitación física y mental ^{6,7}.

Los asegurados de PEMEX, SEDENA y SEMAR cubren al 1% de la población y cuentan con los servicios parecidos al IMSS e ISSSTE incluyendo atención médica, quirúrgica y hospitalaria de primer, segundo y tercer nivel⁶.

También existe el programa PROGRESA (antes IMSS-Oportunidades) el cual da atención a las zonas rurales donde se encuentran clínicas de primer nivel y hospitales rurales de segundo nivel; los servicios que ofrece son servicio médico general y materno infantil. Los trabajadores informales y los desempleados son atendidos por la Secretaría de Salud (SS) y también por el programa PROGRESA.^{6,9}

Sin embargo, en un informe realizado en el año 2000 que midió el desempeño de los sistemas de salud, México se encontraba dentro de los países visiblemente afectados, puesto que la población carecía de acceso a los servicios de salud, generando gastos a los particulares y ocasionando deficiencia en el uso de los recursos⁵.

Razón por la cual, en el año 2003 se forma el Seguro Popular, para cubrir la atención de la población sin seguridad social, conformada por los segmentos más pobres de la población y los desempleados, quienes frecuentemente

enfrentan gastos empobrecedores en salud, así como el sector de jóvenes que pierden el servicio al cumplir la mayoría de edad.

A pesar de intentar que la población tenga acceso a los servicios públicos de salud, se han interpuesto dos situaciones:

1. La persistencia de padecimientos (enfermedades sistémicas, de nutrición y reproducción) y,
2. El surgimiento de otras enfermedades, lo que incrementa la demanda de los servicios de salud hasta ser insuficiente para toda la población.

2.4.2 Sector privado

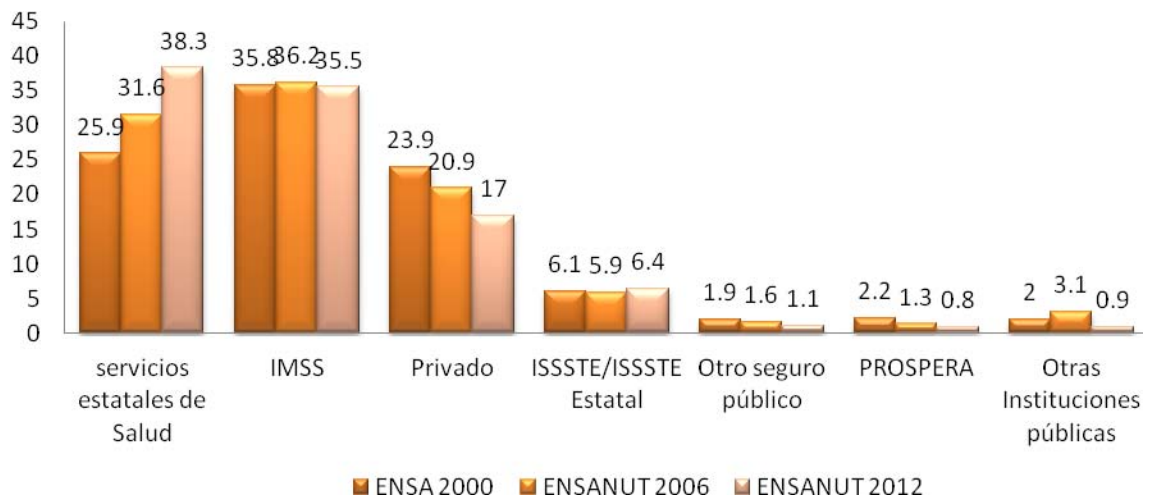
Aunado al sector público se encuentra el sector privado, el cual, está conformado por compañías aseguradoras y prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados y se incluyen los prestadores de servicios de medicina alternativa. Son los servicios que la población puede pagar con base a su ingreso aún cuando tienen el servicio público de salud, aquí la población puede escoger el lugar, el médico y el horario de las citas. La población es atendida en establecimientos privados, en donde ellos refieren una mayor calidad de atención⁶.

El 4% de la población posee un seguro privado, integral o de gastos médicos mayores⁹. Existen dos formas de pago privadas:

- ❖ Primas a seguros privados
- ❖ Pagos directos de bolsillo.

El primero se realiza en el momento que se utiliza el servicio, el segundo es de acuerdo al lugar en donde se eligió el servicio^{6, 7}.

Gráfica 2.Utilización de servicios por institución.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.⁷

2.5 Salud bucal.

La OMS define a la salud bucal como "la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales o defectos congénitos como son labio leporino o paladar hendido, enfermedad periodontal, caries dental, pérdida de dientes, así como otras enfermedades y trastornos que afectan la cavidad bucal^{10,12}.

La Academia Americana de Odontología Peditrica recomienda que la edad de inicio para las revisiones de salud bucal sea el primer año de vida, con exámenes periódicos subsecuentes al menos dos veces al año¹³. En las instituciones de salud pública en México se instruye a las madres que realicen la higiene bucal en los recién nacidos mediante el uso de gasa o paño limpio generando un barrido en la encía de los bebés después de alimentarlos.

Sin embargo, la caries y la enfermedad periodontal siguen siendo las enfermedades de mayor prevalencia (90 y 60% en la población escolar y casi 100% de los adultos). Compartiendo factores de riesgo tales como: la alta ingesta de carbohidratos y azúcares refinados y la deficiente higiene bucal.

Además se ha documentado que la relación de las enfermedades bucales con las enfermedades sistémicas, tal es el caso de las enfermedades cardiovasculares, la enfermedad cerebrovascular, la diabetes mellitus, la enfermedad respiratoria y la osteoporosis, así como también se ha reportado una relación con bajo peso al nacer, nacimientos prematuros y deficiencias nutricionales en los adultos^{1, 6, 10,12}.

Una vez establecida la enfermedad la población puede hacer uso del servicio odontológico en las instituciones del sector público como son centros de salud o unidades médicas (IMSS, ISSSTE, SEDENA, PEMEX, DIF) o bien centros del programa Prospera y/o servicios de salud estatales en donde se

realizan tratamientos generales como son obturaciones dentales, cirugías bucales, extracciones, acciones preventivas (aplicaciones tópicas de fluoruro, técnicas de cepillado, controles personales de placa e instrucción del uso del hilo dental) ³.

Tabla 1. Consulta odontológica por Institución 2008

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	CONSULTA		
Total	<i>TOTAL</i>	Odontológica	Porcentaje
	283.511.038	15.267.015	5,38
Subtotal	130.515.894	8.733.302	6,69
Secretaria de salud	109.430.849	8.314.990	7,60
IMSS-Oportunidades	20.097.862	364.128	1,81
Universitarios	987.183	54.184	5,49
Subtotal	152.995.144	6.533.713	4,27
IMSS	114.843.687	4.292.801	3,74
ISSSTE	24.530.184	1.356.951	5,53
PEMEX	4.860.577	233.644	4,81
SEDENA	ND	ND	ND
SEMAR	944.660	140.596	14,88
Estatales	1.816.036	509.721	6,52

Fuente: Perfil Epidemiológico de la salud Bucal en México 2010¹⁴.

El inconveniente de la atención no estriba en el servicio sino en el número de odontólogos contratados, el cual, representa sólo el 10% del país, en otras palabras la contratación de odontólogos es de uno por cada 9,000

derechohabientes en donde el tiempo estimado de espera es de 45 minutos por consulta, permitiendo la atención de 9 pacientes diarios en jornadas de 8 horas¹².

El IMSS atiende en un tiempo de 1 hora estomatólogo por cada 2,400 derechohabientes en consultas de 30 minutos.

El ISSSTE atiende 3 pacientes por cada hora con una jornada de seis horas laborales con un tiempo de 20 minutos por paciente.

Los servicios de PEMEX, SEDENA Y SEMAR reportan un menor índice de necesidad de tratamientos.^{6,12}

Es así como el tiempo destinado en cada institución de seguridad social es variable, demostrando que la porporción de derechohabientes por odotólogo es desigual, quedando expuesta la poca accesabilidad de los servicios para la atención así como el seguimiento en la conclusión de los tratamientos.¹²

Tabla 2. Consulta Odontológica del Sistema Nacional de Salud 2000-2008

Estados Mexicanos	Unidos	Consulta externa		
		Total	Odontológica	Porcentaje
2000	237.961.510	12.061.106	5,07	
2001	245.682.456	12.248.452	4,99	
2002	252.060.576	12.085.033	4,79	
2003	251.957.535	12.002.008	4,76	
2004	256.736.250	12.674.569	4,94	
2005	268.366.384	12.936.911	4,82	
2006	274.293.443	13.686.743	4,99	
2007	277.768.606	14.499.436	5,22	
2008	283.511.038	15.267.015	5,38	

Fuente: Perfil Epidemiológico de la salud Bucal en México 2010¹⁴.

También se cuenta con instituciones educativas reguladas por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud cuyo objetivo es capacitar para poder brindar servicio de salud bucal a muy bajo costo en la comunidad.

2.6 Programas y normativas.

Con el objetivo de reducir las enfermedades bucodentales han desarrollado programas de atención bucal, los cuales toman en cuenta para la planeación de los servicios la de odontólogos por habitante (densidad). Según el Censo General de Población de 2000, para una población de 97, 483,412 habitantes, existían en México 98,034 odontólogos. Para el año 2008 se reporto una tasa dentista-habitante de 8 dentistas por cada 100,000 habitantes. Sin embargo, estas cifras no muestran fehacientemente cuántos dentistas se encuentran en contacto con pacientes ¹⁴.

**Tabla 3.Total de Odontólogos en contacto con el paciente por tipo de unidad.Secretaria de Salud
2001-2009**

Estados Unidos Mexicanos	Unidad de consulta Externa			
	Odontólogo	Odontólogo especialista (incluye cirujano maxilofacial)	Pasante de odonología	Total
2001	2617	15	1465	4097
2002	2653	14	1558	4225
2003	2657	19	1476	4152
2004	2658	55	1576	4289
2005	2773	89	1658	4520
2006	3027	109	1662	4798
2007	3301	166	1727	5194
2008	3627	192	1784	5603
2009	3902	217	1874	5993

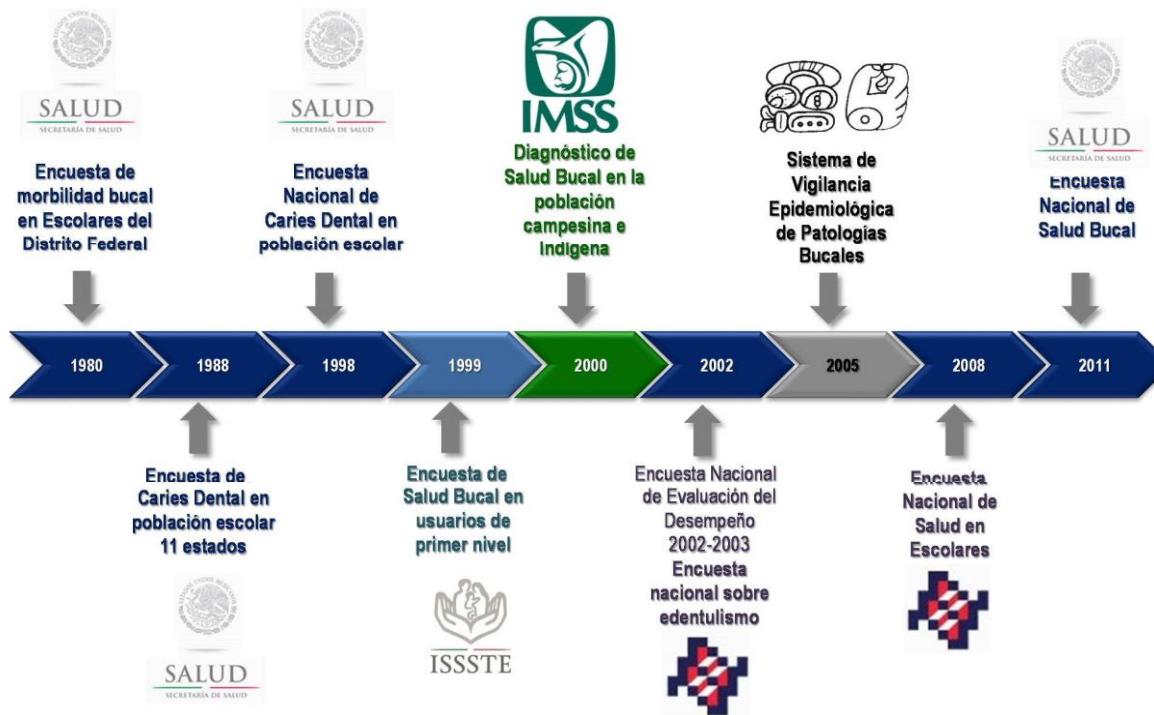
Fuente: Perfil Epidemiológico de la Salud Bucal en México 2010

Los programas que se han desarrollado para disminuir estas enfermedades bucales son:

- ❖ 1990 programa de Salud Escolar y Programa de Fluoruración de la sal, la creación de la NOM-013-SSA2-1994 para la prevención y control de enfermedades bucales.
- ❖ 1996 la Semana Nacional de Salud Bucal que reunió por primera vez al sector público y privado.
- ❖ 2003 la integración del componente Salud Bucal en la cartilla de Salud para tener un control del esquema básico preventivo en cada etapa de la vida. El Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica (SUAVE) el cual reportaba semanalmente casos de gingivitis y enfermedad periodontal.
- ❖ 2005 el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucleas (SIVEPAB) que permite construir perfiles con los rasgos generales de los problemas bucales más importantes, es una fuente de información epidemiológica a nivel nacional. Proporciona información sobre la tendencia en la salud oral de la población de los servicios de salud de todo el país.
- ❖ 2008 El Instituto Nacional de Salud Pública realizó la primera encuesta Nacional de Salud en Escolares, la cual demostró que 26.9% de los escolares han tenido algún problema de salud y solamente el 21.9% acudió a revisión odontológica los últimos seis meses. Se observó que poco más de la tercera parte acude a tratamientos preventivos y una tercera parte acude para subsanar alguna molestia¹².
- ❖ 2011 se inicio la tercera Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis Dental en 31 entidades Federativas¹².
- ❖ La meta propuesta para este año es que a los 12 años el índice de caries no sea mayor de 3 dientes^{1, 12}.

- ❖ La FDI, la OMS y la Asociación Internacional para la investigación Dental (IADR) ha presentado nuevas metas globales de salud bucal, objetivos y población a la cual se dirigirá para el año 2020¹.

Figura 4. Evolución de la información en Salud Bucal en México.

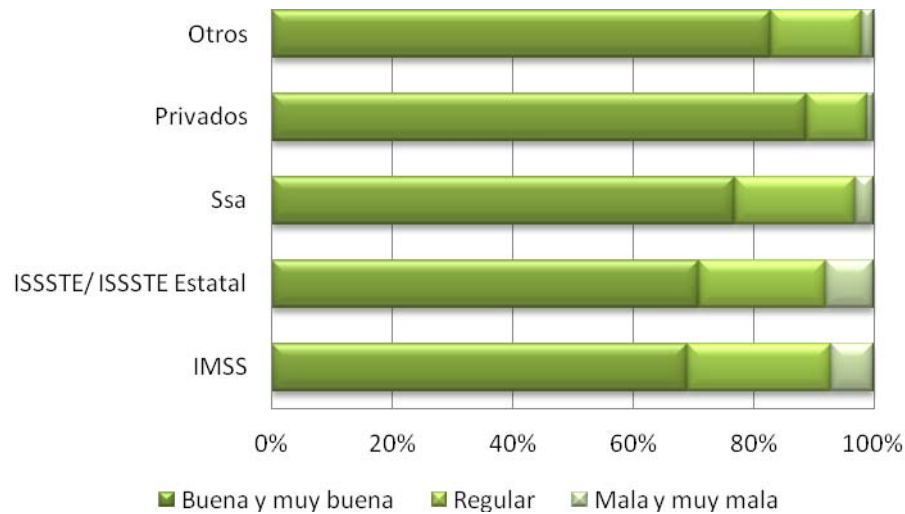


Fuente: Programa de Acción específico, prevención, detección y control de los problemas de Salud bucal 2013-2018.

2.7 Satisfacción de los pacientes

Los pacientes mencionan que cuando se les explica en forma clara su tratamiento continúan con sus citas y por ende, se observa que hay un mayor uso del servicio. Asimismo la relación dentista-paciente afecta en la utilización, sobre todo cuando el odontólogo tiene una perspectiva diferente sobre el motivo de la consulta y el paciente refiere una necesidad sentida¹⁹. El contar con un servicio dental estable produce que se tenga el hábito del cepillado dental y una mayor frecuencia en la citas aunque no haya síntomas. Landa-Mora realizó un estudio de satisfacción de los servicios de estomatología en una clínica del seguro social en Veracruz 2006, en donde se observó que hay un mayor grado de satisfacción ante un menor tiempo de espera, mostrando un grado de satisfacción del 50 y 65%¹¹. El tener un dentista definido se asocia también con la utilización del servicio²

Gráfica 3. Percepción de calidad de los usuarios. México 2006 y 2012



Fuente: Plan Nacional de desarrollo 2013-2017 Gobierno de la República. Programa sectorial de salud.

En estudios realizados en Veracruz 2006, Obafemi 2008, Bogotá 2011 (basado en un estudio descriptivo), sobre la utilización de los servicios de salud bucal los pacientes mencionan como barreras para acudir a atención odontológica, los tiempos prolongados de espera; la demora en la programación de citas en instituciones públicas, lo que origina que los pacientes busquen atención en el sector privado y paguen por el servicio; el número de integrantes de la familia; el no tener afiliación servicios de salud públicos y el principal, estar ocupados para realizar o acudir a la cita.^{4,8,13-22}

Resultados

Parte I Encuesta a Odontólogos.

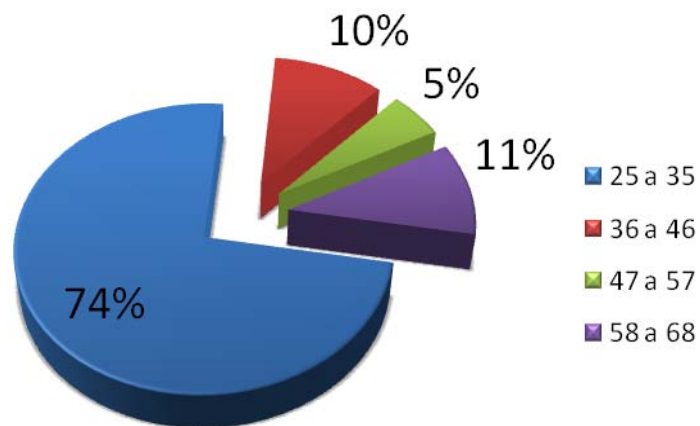
Al término de la revisión bibliográfica surgió la inquietud de indagar respecto a la opinión de usuarios y odontólogos con relación a la satisfacción sobre el uso de los servicios dentales públicos o privados, para lo cual, se tomo como referencia una encuesta realizada en el Hospital Carlos III descrita en el artículo titulado “Evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios de asistencia sanitaria pública de la comunidad de Madrid 2011³⁰.”

Para ello, se solicitó la participación voluntaria y bajo consentimiento informado de 19 odontólogos de una clínica privada elegida por conveniencia.

Los 19 odontólogos que participaron en la entrevista expresaron su experiencia sobre el uso de los servicios dentales públicos y/o privados.

Del total de odontólogos entrevistados 74% (14) tenían una edad entre 25 y 35 años, mientras que, el menor porcentaje (5%) se ubicó entre los 47 y 57 años de edad. Asimismo, hubo mayor participación de las mujeres (68%).

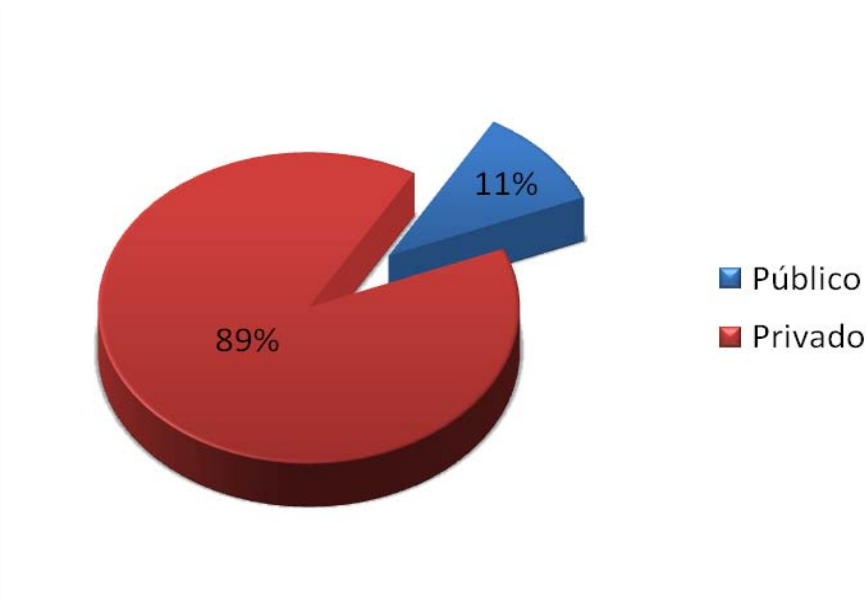
Gráfica 1. Distribución de los odontólogos por edad.



Fuente: Clínica privada, 2015.

Dentro de la entrevista se cuestionó sobre el sector al que pertenecía su consulta, a lo cual, 89% (17) respondió que la atención era básicamente en el sector privado y sólo 11% (2) respondió combinarlo con el sector público.

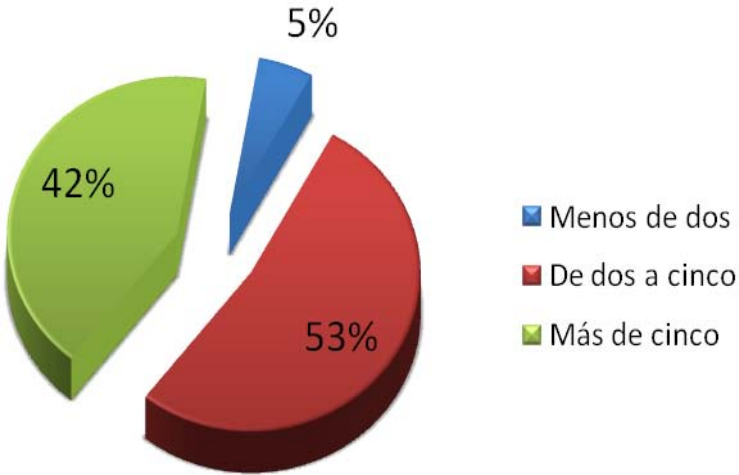
Gráfica 2. Distribución de servicio dental.



Fuente: Clínica privada, 2015.

En cuanto a los años de experiencia en el ramo, 53% (10) menciono contar con dos a cinco años, 42% (8) mencionó tener una experiencia mayor a cinco años y sólo 5% (1) menciono tener menos de dos años.

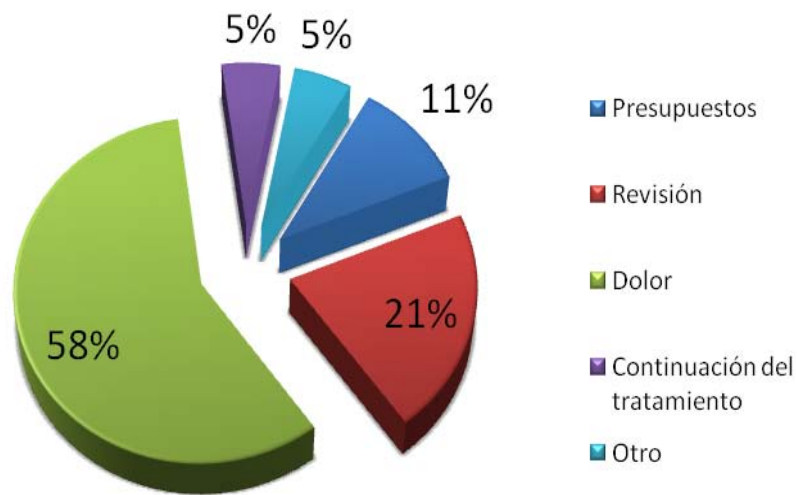
Gráfica 3. Experiencia dental.



Fuente: Clínica privada, 2015.

En cuanto al motivo principal de la consulta, de acuerdo con los odontólogos encuestados, 58%(11) acuden por dolor, 21% (4) asisten a revisión, 11% (2) por presupuesto, 5%(1) acuden para continuar su tratamiento.

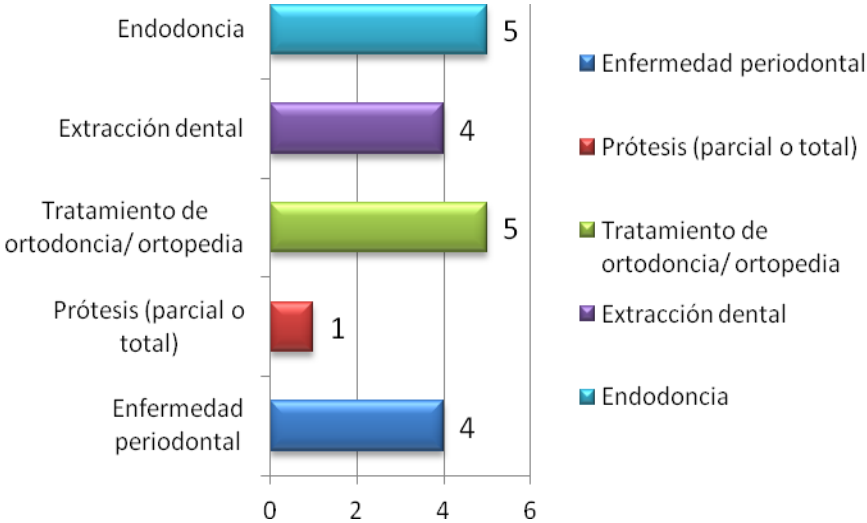
Gráfica 4. Motivo principal de la consulta.



Fuente: Clínica privada 2015.

Respecto a la frecuencia de los tratamientos realizados 18 odontólogos refieren que la principal razón por la que se asiste a consulta es por caries dental, cinco refirieron que además de los tratamientos por caries, el tratamiento de ortodoncia lo consideran como segunda razón, mientras que, los tratamientos para enfermedad periodontal y/o prótesis fija son los tratamientos de menor demanda.

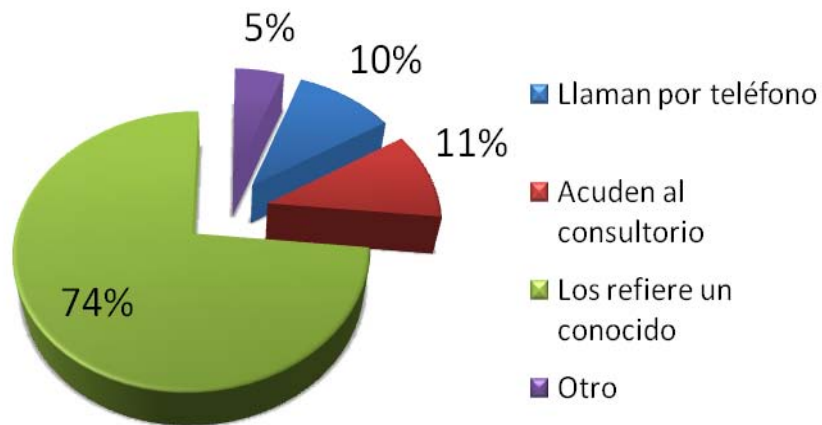
Gráfica 5. Frecuencia de tratamientos.



Fuente: Clínica privada, 2015.

Una de las preguntas incluía conocer la forma en la que los pacientes solicitan la consulta. A lo que, 74%(14) respondió que se da principalmente por referencia de un conocido, 11%(2) por pasar por el lugar y ver el consultorio, 10% (2) por llamada telefónica, mientras que, solo un odontólogo mencionó que lo hacen por las redes sociales (facebook).

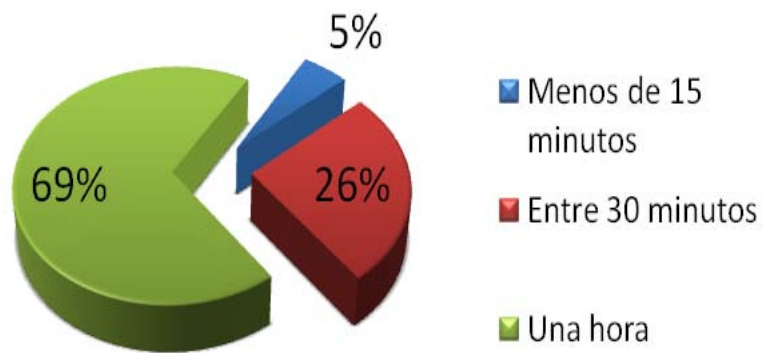
Gráfica 6. Medio de consulta.



Fuente: Clínica privada, 2015.

Referente al tiempo que le dedican dentro de la consulta a cada paciente, 69% (13) respondió dedicarle una hora, mientras que, 26% (5) mencionó dedicarle 30 minutos y sólo uno de ellos mencionó dedicarle menos de 15 minutos.

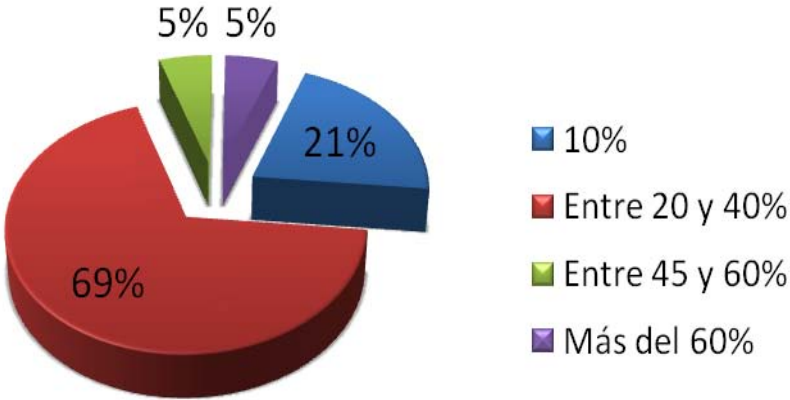
Gráfica 9. Tiempo de consulta.



Fuente: Clínica privada, 2015

Continuando con la entrevista se cuestionó que género asiste con mayor frecuencia a consulta. Teniendo como respuesta el género femenino (89%). Asimismo, se les preguntó qué porcentaje de sus pacientes no continuaba con su tratamiento dental. La respuesta más frecuente fue entre 20 y 40%.

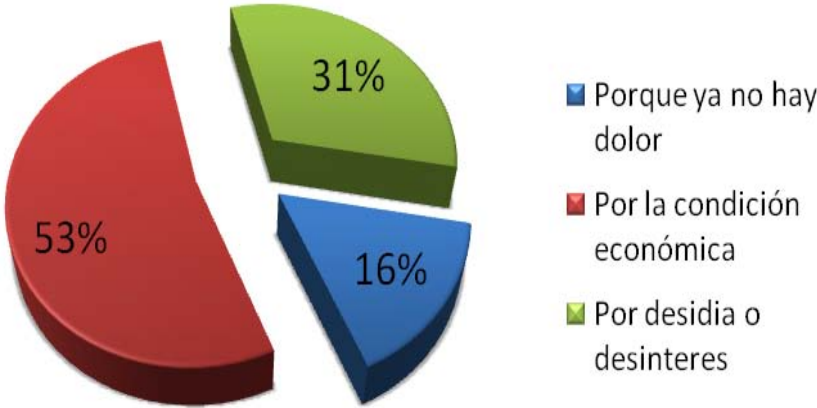
Gráfica 10. Porcentaje de pacientes que no continúan con el tratamiento.



Fuente: Clínica privada, 2015.

Como principal causa de la interrupción del tratamiento, 53% (10) refirió que fue por condición económica, 31%(6) por desinterés, y 16%(3) tenían dolor.

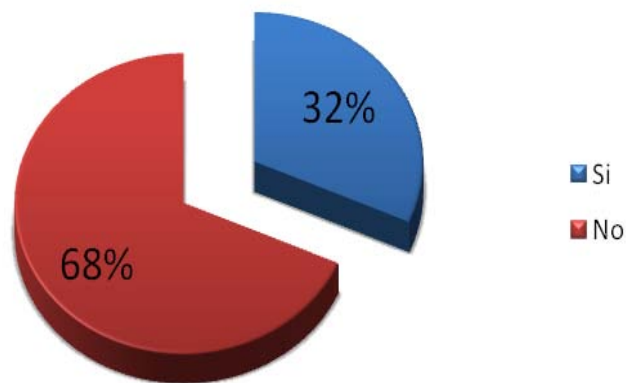
Gráfica 11. Causa de interrupción del tratamiento.



Fuente: Clínica privada, 2015.

Continuando con la encuesta se les preguntó como consideraban la atención dental en el sector público, dando como respuesta que 68% considera que no es de excelente calidad por lo limitado de los tratamientos, sin embargo, 32% considera que si es de excelente calidad porque cubre las necesidades esenciales de la población. Una respuesta que no se consideró como pregunta pero que fue muy frecuente durante la entrevista estuvo relacionada con lo limitado de los materiales en el sector público, lo que hace que la atención sea limitada.

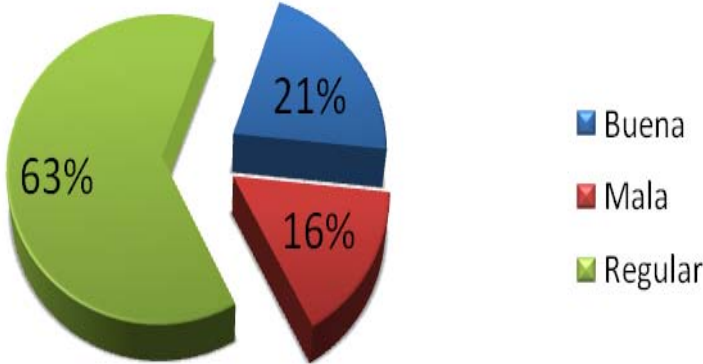
Gráfica 12. Calidad de atención en el servicio público.



Fuente: Clínica privada, 2015

Por último, se les preguntó si conocían la experiencia de los pacientes con relación a la atención en el sector público, el 100% de los odontólogos refirió que sus pacientes en alguna ocasión solicitaron atención en éste sector y les comentaron que su experiencia por lo general fue regular (63%).

Gráfica 13. Experiencia dental en el sector público.

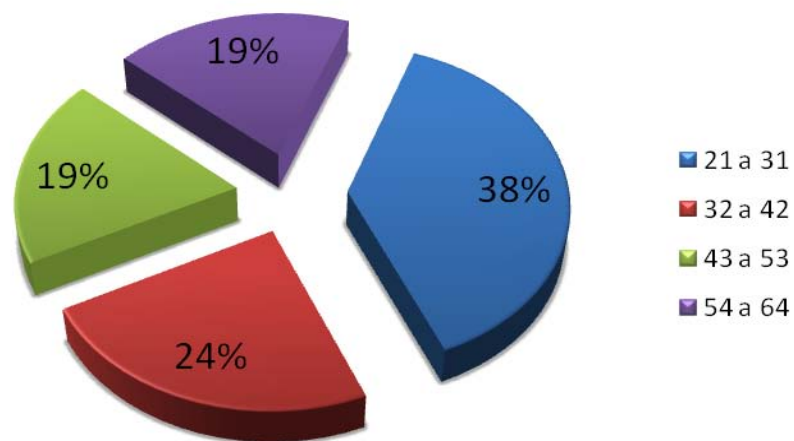


Fuente: Clínica privada 2015

Parte II. Entrevista a usuarios

Para conocer otro aspecto de la atención dental, se asistió a una Jornada de Salud organizada por la Dirección General de Servicios Médicos (DGSM). En ella, se solicitó la participación bajo consentimiento informado de los visitantes logrando conseguir la opinión de 21 personas de entre 21 a 64 años de edad. Con una mayor participación del sexo masculino (71%, 15).

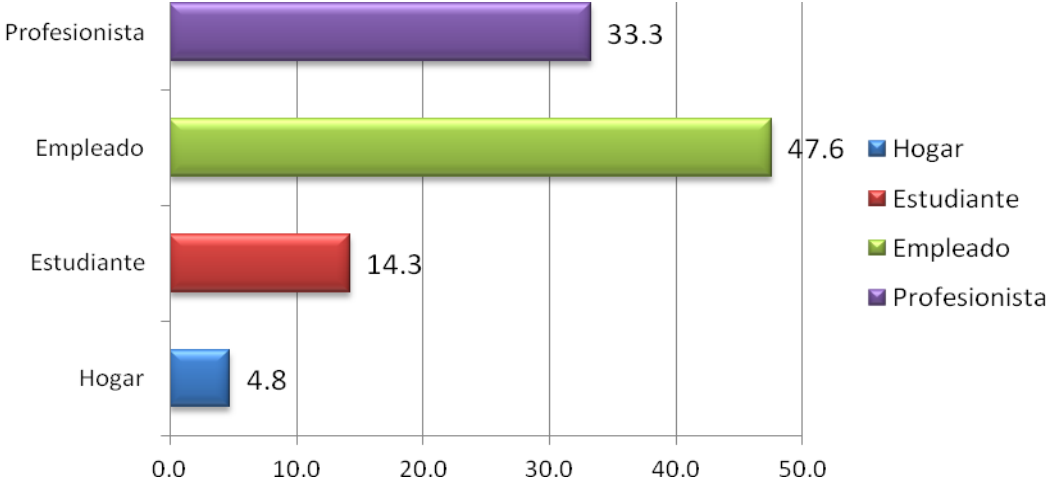
Gráfica 14. Distribución de pacientes por edad.



Fuente: Jornada de Salud DGSM.

Con relación a su ocupación, 48% (10) respondió ser empleado, 33% (7) profesionalista (Psicólogos, nutriólogo, docentes), 14%(3) estudiante de bachillerato, mientras que 5%(1) mencionó dedicarse al hogar. También se destacó que la mayoría de los usuarios eran solteros (76%)

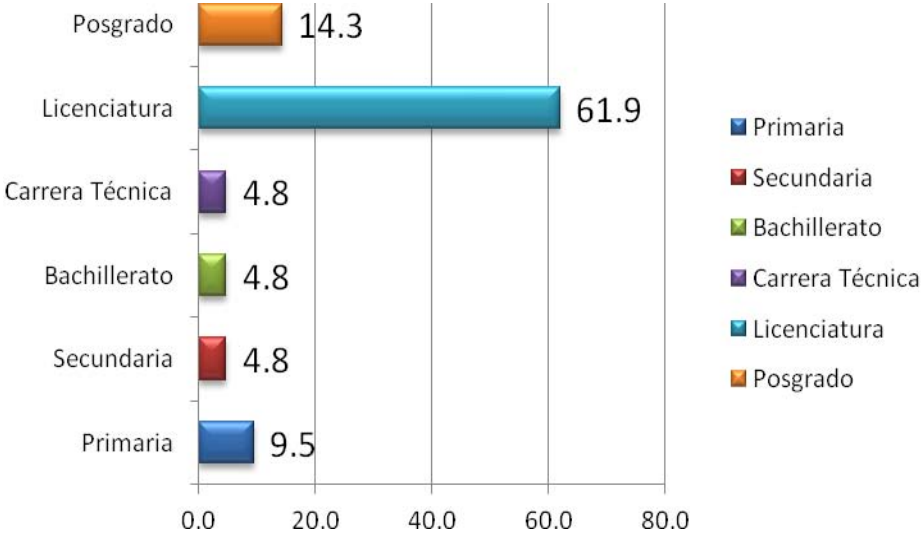
Gráfica 15. Ocupación de los usuarios.



Fuente: Jornada de salud DGSM.

De acuerdo con la escolaridad, 69%(13) de las personas mencionó tener como último grado de estudios la licenciatura, 14%(3) tener un posgrado, 9% (2) sólo cuenta con primaria y sólo una persona mencionó contar con secundaria.

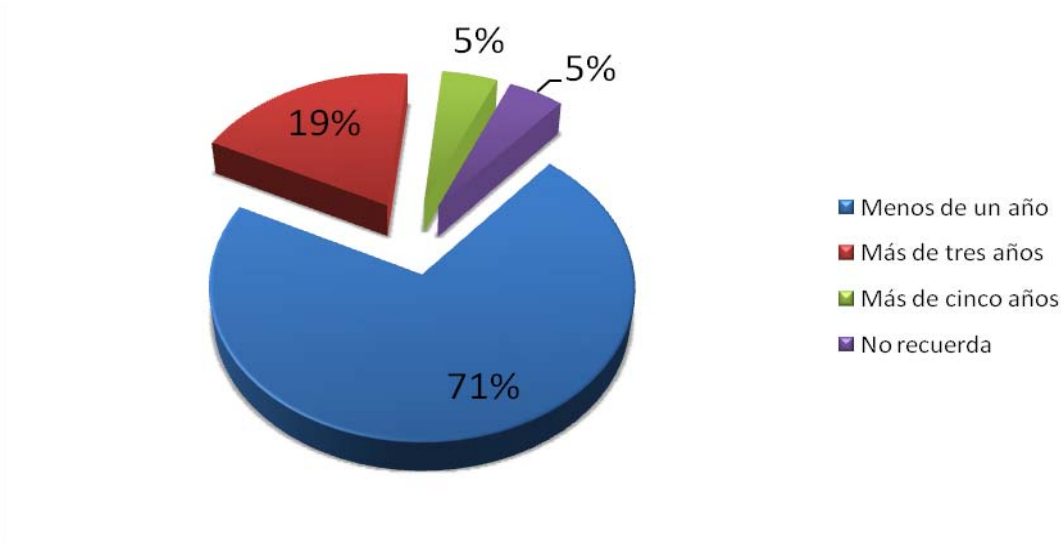
Gráfica 16. Escolaridad.



Fuente: Jornada de salud DGSM.

De acuerdo a las preguntas relacionadas con la visita dental 71%(15) respondió haber acudido por última vez a consulta poco menos de un año, 19%(4) más de tres años. Una persona mencionó no recordar y otra haber acudido hace más de cinco años.

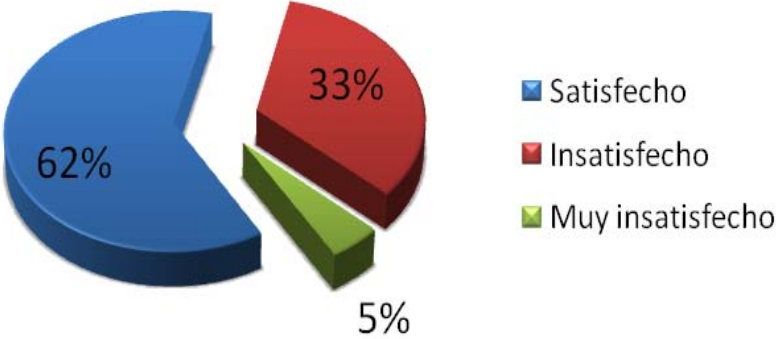
Gráfica 17. Visita dental.



Fuente: Jornada de Salud DGSM.

Asimismo, se les cuestionó sobre como perciben su estado de salud. Obteniendo que 62% (13) se siente satisfecho con su estado de salud, pero 33%(7) mencionó sentirse insatisfecho.

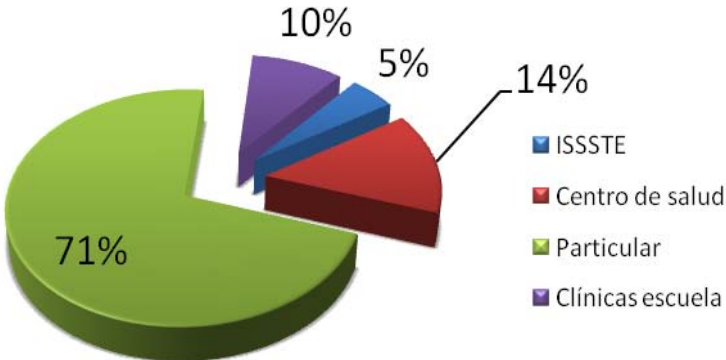
Gráfica 18. Satisfacción del estado de salud dental.



Fuente: Jornada de Salud DGSM.

De acuerdo al tipo de servicio dental al que acuden con regularidad 71% (15) respondió servicio dental privado, 14%(3) centro de salud, 10% (2) clínicas escuela, y del total de participantes sólo una persona respondió acudir al ISSSTE.

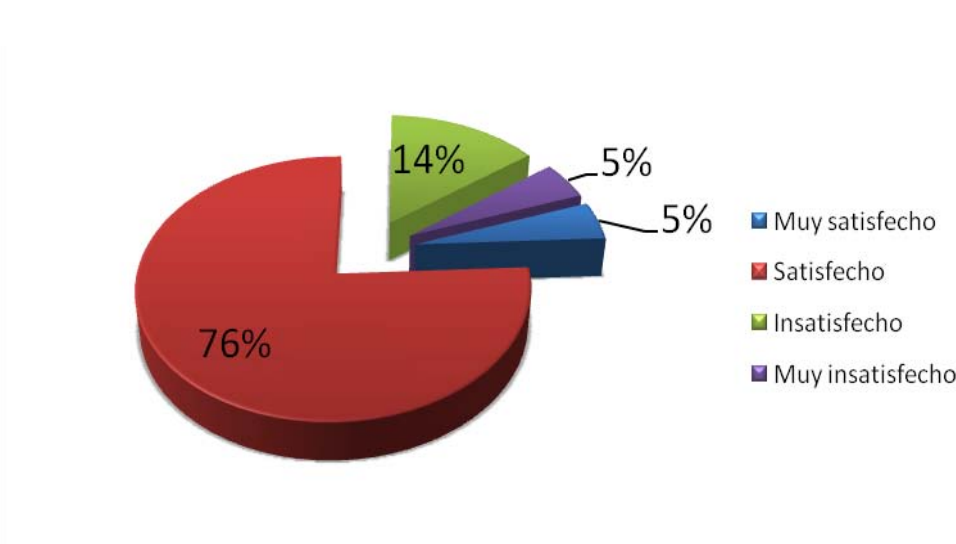
Gráfica 19. Servicio dental.



Fuente: Jornada de Salud DGSM.

Posteriormente se les preguntó su opinión respecto a la atención recibida en las instituciones donde reciben el servicio dental. El resultado reflejó que 76% (16) se siente satisfecho con el servicio y 14%(3) insatisfecho.

Gráfica 20. Satisfacción de las instituciones.

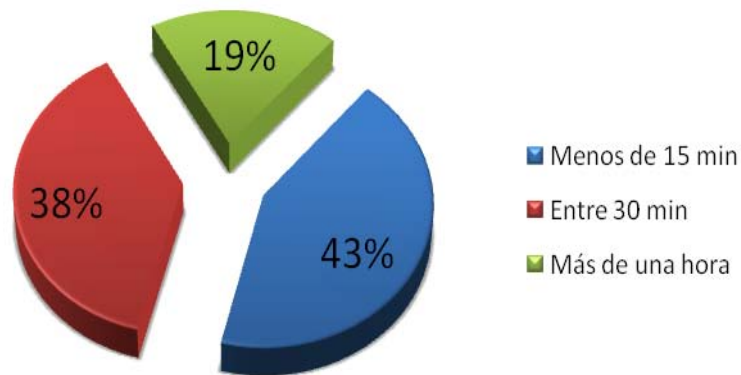


Fuente: Jornada de Salud DGSM.

Las preguntas relacionadas con la atención dental dieron a conocer que la forma más frecuente de obtener una cita es vía telefónica 43% (9); seguida por la recomendación de un compañero del trabajo 28% (6). Respecto al tiempo que han esperado para que les den una cita, 90% (19) respondió que esperaron menos de un mes, mientras que el 10% restante (dos personas) espero entre uno y dos meses. Como es de esperarse cuando se les preguntó si estaban de acuerdo con el tiempo que esperaron para conseguir la cita, las personas que esperaron menos de un mes se sentía satisfechas, mientras que, 10% restante (2) no lo estaba (insatisfechos).

Aunado a ello, se les preguntó qué tiempo ha sido el que tuvieron que esperar entre la transición de la cita programada y el tiempo en que fueron atendidos. Y la respuesta más frecuente fue que 43% (9) fue atendido en menos de 15 minutos, 38% (8) alrededor de 30 minutos y 19% (4) tuvo que esperar más de una hora. De tal manera que sólo 71% (15) mencionó sentirse satisfecho con el tiempo de espera.

Gráfica 21. Tiempo de espera entre la cita programada y ser atendidos



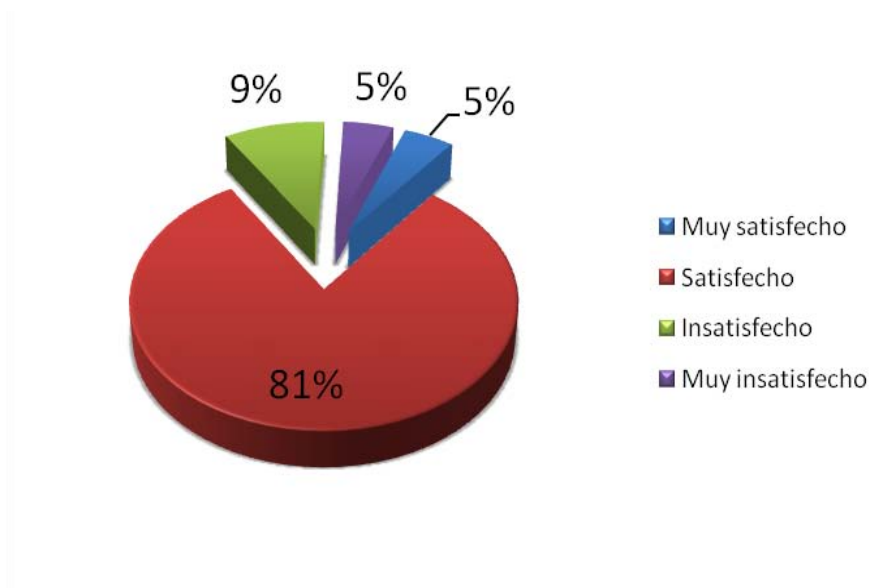
Fuente: Jornada de Salud DGSM.

En el plano de la atención dental, se les cuestionó a los usuarios como percibían la calidad de la atención, a lo cual, 81% (17) mencionó sentirse satisfecho, mientras que, 14%(3) mencionó sentirse muy insatisfecho.

Como continuación de la pregunta anterior, se les cuestionó sobre el tiempo que el odontólogo les dedica durante la consulta dental; a lo que, 86%(18) mencionó sentirse satisfecho y 9%(2) estar muy insatisfecho.

De acuerdo con la explicación que reciben por parte del dentista 81%(17) mencionó sentirse satisfecho, 9%(2) insatisfecho y sólo una persona respondió estar muy insatisfecha.

Gráfica 22. Opinión sobre la explicación por parte del dentista.



Fuente: Jornada de Salud DGSM.

Respecto a la explicación sobre el plan de tratamiento 86%(18) mencionó estar satisfecho con el plan de tratamiento, y 9%(2) estar muy insatisfecho.

Por último se les preguntó si recomendarían el servicio dental de las instituciones públicas. Del total de participantes 67% (14) mencionó que lo recomendaría con amigos y familiares, mientras que, las personas restantes mencionaron no recomendarlo por las pocas opciones de tratamientos que se ofertan.

A la inversa, se les cuestionó si recomendarían a su dentista a familiares y/o amigos, respondiendo 90% (19) que sí, y sólo una persona respondió que no, mientras que la otra estaba dudosa.

Conclusiones.

Para conocer los factores que influyen en la utilización del servicio dental así como el motivo de la consulta, se han desarrollado modelos explicativos en donde destacan diversos factores como son: características socioeconómicas, sociales y culturales.

Es así como se decidió relizar dos encuestas una dirigida a usuarios y otra para odontólogos con el objetivo de conocer si influyen sobre la utilización del servicio dental.

Los resultados de la encuesta realizada a los usuarios demuestran que la mayoría de la población encuestada tiende a utilizar el servicio dental privado 71% por la diversidad de tratamientos que se les ofertan, la facilidad con la que pueden concertar la cita, por consiguiente tienden a consultar en un lapso de tiempo menor a un año, asimismo manifiestan sentirse satisfechos cuando tienen una explicación clara y sencilla sobre su estado de salud bucal y tratamiento, así como ser atendidos en un tiempo de espera menor a 15 minutos, sin embargo sólo un usuario refirió lo contrario. También hubo usuarios que suelen acudir al sector público mencionando sentir satisfacción con la atención que reciben, aún cuando el tiempo de espera de la consulta no es inmediata, en este estudio destacó una mayor utilización del servicio del género masculino, con nivel académico superior.

En cuanto a la encuesta realizada a los odontólogos mencionaron como motivo principal de la consulta de la mayoría de sus pacientes ser el dolor 58%, respecto al género que utiliza con mayor frecuencia el servicio es femenino, en el caso de r la frecuencia de tratamientos realizados el tratamiento por caries y ortodoncia sobresalen, en cuanto a la obtención de la consulta la mayoría de las veces son referidos por un conocido y realizan la cita vía telefónica, en cuanto al tiempo que dedican dentro de la consulta a cada paciente es 1 hora, con respecto a la interrupción del tratamiento

consideran que entre un 20 y 40 % de los pacientes no continúan debido a la condición económica. Acerca de la valoración del servicio dental en el sector público 68% respondió que no es un servicio de excelente calidad dado que hay una limitación de tratamientos y materiales por lo tanto limita el servicio.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS.

1. Medina-Solis CE, Maupome G, Avila-Burgos L, Pérez R. Políticas de salud bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. Rev Biomed. Oct-dic 2006; 17(4):269-286
2. Mendoza–Sassi R, Umberto J. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. Cad. Saúde Pública. Jul-ago 2001; 17(4):819-832.
3. Arredondo A, Meléndez V. Modelo explicativo sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. Salud Pública Méx 1992; 34:36-49 Disponible en: www.insp.mx
4. Medina-Solis CE, Villalobos-Rodelo J.J, Márquez M L. Desigualdades socioeconómicas en la utilización de servicios de salud bucal: en escolares mexicanos de 6 a 12 años. Socioeconomic inequalities in the use of dental services: a study of Mexican schoolchildren aged 6 to 12 years. Cad. Saúde Pública. Dic 2009; 25(12):261-2631
5. Knaul FM, Arreola H, Borja C, Méndez O, Torres AC. El sistema de protección social en Salud de México: efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares. Caleidoscopio de la salud De la investigación a las políticas y d, 2003 Disponible en: <http://ssm.com/abstract=2053744>
6. Gómez-Dantès O, Sesma S, Becerril VM., Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud pública México. Salud Pública Mex 2011; 53(supl2): s220-s232. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36432011000800017&lng=es
7. Encuesta Nacional de salud y nutrición 2012. Resultados Nacionales.

8. Rocha-Buelvas A. Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad. Rev. Gerenc.Polit.Salud.Jul-dic 2013; 12(25):96-112
9. Estrategias de cooperación con México de la OPS/OMS. Para el período 2005-2009 Organización Panamericana de la Salud Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_mex_esp.pdf
10. Organización Mundial de la Salud [consultado feb 2015]. Disponible en www.who.int/es/
11. Landa-Mora FE, Francisco-Méndez G, Muñoz-Rodríguez M. Satisfacción de los usuarios con los servicios de estomatología en el IMSS. Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social 2007; 45(2):149-155.
12. Programa de Acción Específico. Prevención Detección y Control de los Problemas de Salud Bucal 2013-2018. Programa Sectorial de Salud. Disponible en: www.cenaprece.salud.gob.mx
13. Pontigo-Loyola AP, Medina-Solís CE, Márquez-Corona ML, Vallejos-Sánchez A A, Minaya-Sánchez M, Escoffié M. Influencia de variables predisponentes, facilitadoras y de necesidad sobre la utilización de servicios de salud bucal en adolescentes mexicanos en un medio semirural. Gaceta Médica de México 2012; 148:218-26. Disponible en: www.mediagraphic.com
14. Perfil de Epidemiológico de salud bucal en México 2010. [consultado enero 2015] Disponible en: www.epidemiología.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/mografias/P_EPI_DE_LA_SALUD_BUCAL_EN_MÉXICO_2010.pdf

15. Pizarro V, Ferrer M, Domingo-Salvany A, Benach J, Borrell C, Pont A, Sachiaffino A, Alamanza J, Treserras R, Alonso J. The utilization of dental care services according to health insurance coverage in Catalonia (Spain). *Community Dent Oral Epidemiology* 2009; 37:78-84. Disponible en: www.onlinelibrary.wiley.com
16. Medina-Solís CE, Maupomé G, Ávila- Burgos L, Casanova-Rosado JF, Vallejo-Sánchez AA, Segovia-Villanueva A. Utilización de servicios odontológicos de salud por niños menores de cinco años con seguridad social. *Revista Mexicana de Pediatría*. Sep-oct 2004; 71(5):222-228.
17. Bamise CT, Bada TA, Bamise FO and Ogunbodede EO. Dental care utilization and satisfaction of residential University Students. *Lybian J Med*.2008;3(3)140-143.
18. Kadaluru G, Kempraj M, Muddaiah P. Utilization of oral health care services among adults attending community outreach programs. *Indian J Dent Res* 2012.23(6):841-842
19. Lara FN, López CV. Factores que influyen en la utilización de los servicios odontológicos. *Revisión Literaria. Revista de la Asociación Dental Mexicana*. May-jun 2002.59 (3):100-109.
20. García Roche, René G: Rodríguez Salvá, Armando; de Vos. Pol; Van der Stuyf, Patrick. Inequidades de género y utilización de los servicios del nivel primario de atención en tres policlínicos de Cuba. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. Sep-dic 2013.51(3):289-297
21. Orellana-Centeno JE, Nava-Zarate Nadya, Onofre-Qilantan MG, Oreallana-Ceneno M. Comparación de los sistemas de salud de México y de España. *Ene-abr 2013*.19 (1):228-36.

22. Rocha-Buelvas A, Troya A, Hidalgo-Eraso A. Determinantes de la utilización de los servicios de salud bucal en estudiantes Universitarios del municipio del Pasto, 2011. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013.31(3):359-371
23. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales[consultado en enero 2015]. SIVEPAB 2010. Disponible en: www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/sivepab2010_completo.pdf
24. Diaz-Murillo MP. La Salud ora, ¿Cuestión de cultura?. Revista de Salud Pública. Mar 1999.1(1); 43-52
25. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. Del “cuánto” al “porqué”: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. Salud Pública de México 1997.39; 442-450 Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx>
26. Llanos Amada A, Morera-Salas M, Barber-Pérez P, Hernández K, Xirinach-Salazar Y, Varga JR. Factores Relacionados con la Utilización de Servicios de Salud en Costa Rica. Rev. Salud Pública. 2009.11(3):323-335,
27. Andersen RM. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? Journal of Health and Social Behavior 1995. 36; 1-10. Disponible en: www.pmh.ufl.edu/files/2010/01/session6april2RevisitingBehavioralModel.pdf
28. Bedregal GP, Quezada VM, Torres HM, Scharager GJ, García OJ. Necesidades de salud desde la perspectiva de los usuarios. Rev. Med. 2002.130(11);127-1294
29. Cookson R, Sainsbury R, Glendinning C(eds). Jonathan Bradsaw on Social Policy: Selected Writings 1972-2011. University of York:2013 Disponible en: www.php.york.ac.uk

30. Servicio Madrileño de Salud. Evaluación de la satisfacción d elos usuarios de los servicios de asistencia sanitaria pública de la comunidad de Madrid 2011. Salud Madrid. Diponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1311070201543&ssbinary=>

FUENTES DE IMÁGENES.

Figura 1. Esquema de las necesidades sociales de salud según Bradshaw. Disponible en: www.scielo.cl/fbpe/rmc/v130n11/61.jpg

Figura 2. Modelo comportamental de la utilización de los servicios de Salud bucal. Disponible en: www.scielo.org.com/IMS/revistas/rgps/v21n25/v21n25a08f1.jpg

Figura 3. Diagrama sobre los sistemas de salud en México. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36432011000800017&.lng=es

FIGURA 4. Evolución de la información en salud bucal en México. Disponible en: www.cenaprece.salud.gob.mx